

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N^o 105

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE

DE

l'Extirpation des Ganglions Tuberculeux

DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1920

PAR

Pierre BOYER

Ne à Salles-d'Aude, le 15 Juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE
DE
L'EXTIRPATION DES GANGLIONS TUBERCULEUX
DU COU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 105

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE

DE

l'Extirpation des Ganglions Tuberculeux

DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mars 1920

PAR

Pierre BOYER

Né à Salles-d'Aude, le 15 Juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.

{ MASSABUAU, professeur.

{ RICHE, agrégé.

{ RIMBAUD, agrégé.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (H).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (H).
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N. . .
Clinique médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENDHARDT.	EUZIERE.	PECH (*) (ch. d'agr.).
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, <i>Président.</i>	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans des dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
tendresse.*

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

P. BOYER.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR ÉMILE FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

P. BOYER.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, il nous reste à remplir le plus agréable des devoirs, celui de remercier tous ceux qui, durant ces longues années, nous ont témoigné de l'intérêt et nous ont aidé de leurs conseils.

L'hommage de notre respectueuse reconnaissance ira tout d'abord à Monsieur le professeur Forgue. Tour à tour externe dans son service à l'Hôpital Suburbain (1912), puis interne dans sa clinique chirurgicale (1913), nous avons été à même d'apprécier la haute valeur de son enseignement professoral et la sûreté de ses techniques opératoires. Il a bien voulu nous donner le sujet et la documentation de notre thèse. Nous n'oublierons jamais son amicale sollicitude à notre égard, et nous tâcherons d'augmenter le tribut de notre reconnaissance en nous inspirant toujours des conseils de sa haute conscience professionnelle, qui seront notre règle.

Durant le cours de nos études, Monsieur le professeur Vires a bien voulu nous témoigner un affectueux intérêt et nous aider de ses conseils éclairés. Qu'il daigne agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le professeur Massabuau, dont la bienveillance en maintes circonstances, nous fut précieuse, Monsieur le professeur agrégé Jeanbrau qui voulut bien s'intéresser à nous et nous accepter comme élève, et Monsieur le professeur agrégé Rimbaud, qui nous accueillit dans son service

avec sa bonté souriante, nous permettront de leur renouveler ici toute notre respectueuse reconnaissance.

Nous n'oublions pas ce que nous devons à Monsieur le professeur agrégé Riche : il fut souvent pour nous un guide éclairé et nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici.

Et nous ne saurions passer sous silence le nom du docteur Joseph Marty, de Fleury-d'Aude, dont l'affectueuse amitié guida nos premiers pas dans les études médicales. Ses judicieux conseils, fruits d'une pratique déjà éprouvée, nous ont toujours été des plus utiles. Qu'ils veuillent bien croire à notre indéfectible et respectueux attachement.

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE

DE

L'EXTIRPATION DES GANGLIONS TUBERCULEUX

DU COU

INTRODUCTION

L'extirpation des ganglions tuberculeux présente, à la région cervicale, des difficultés variables et très inégales. S'agit-il des ganglions peu nombreux, indurés et mobiles, non adhérents aux organes voisins? alors l'intervention ne présente aucune difficulté: facile et innocente, simple même parfois au-delà de toute expression, elle peut être conduite très rapidement, et en quelques minutes on vide la région carotidienne. Mais, dans nombre de cas, et ce sont précisément ceux où l'extirpation trouve de formelles indications et est le plus souvent pratiquée, il n'en va plus de même; il s'agit alors de ganglions agglomérés en paquets ou en chaînes, suppurés et quelquefois fistuleux, immobilisés et figés dans une gangue de péri-adénite, soudés par des adhérences intimes au sterno-cléido-mastoïdien d'un côté, au paquet

vasculo-nerveux de l'autre. Même dans le cas de lymphomes tuberculeux qui paraissent mobiles, on commence une intervention que tout fait supposer simple et rapide, et ces ganglions ne sont que le début d'une pléiade ganglionnaire qui s'enfonce profondément jusqu'au rachis, en contractant des adhérences étroites avec les tissus ambiants. Dans tous ces cas, tout le monde s'accorde à reconnaître que les difficultés opératoires sont au maximum.

D'une part on court le risque de faire une intervention incomplète, ou, en morcelant la masse ganglionnaire, de contaminer le champ opératoire, dans les deux cas, par conséquent, d'augmenter les chances de récidives futures déjà trop fréquentes; d'autre part, le grand paquet vasculo-nerveux est exposé à des lésions qui, si elles n'ont pas la haute gravité qu'on leur accordait autrefois, ne doivent pas moins être évitées.

Il faut donc s'écarter de ces deux écueils: le but du chirurgien doit être de faire des extirpations aussi complètes que possible en ménageant le paquet vasculo-nerveux. Pour cela il est nécessaire, quand on aborde cette intervention, d'avoir une technique nette et précise, parfaitement réglée au point de vue anatomique.

Ce travail est une contribution à l'étude de cette technique opératoire. C'est l'exposé, aussi simple que possible, de la technique que M. le professeur Forgue pratique depuis une quinzaine d'années et qui lui a toujours permis de sortir de difficultés considérables et de réaliser l'ablation en bloc. Elle n'est d'ailleurs que l'application au cas particulier des adénopathies tuberculeuses d'une technique générale que M. Forgue suit dans l'extirpation des tumeurs branchiales du cou et surtout des néoplasmes de la parotide.

Cette technique repose sur un fait essentiel: la sup-

pression du muscle sterno-cleido-mastoïdien. Déjà Küttner avait senti la nécessité d'une section *temporaire* du sterno-cléido-mastoïdien au niveau de ses attaches supérieures, dans les cas de lymphomes volumineux et adhérents — et de Quervain a préconisé la désinsertion provisoire du muscle au-dessus de son attache sterno-claviculaire. Cette suppression du sterno-cléido-mastoïdien n'a pas, au point de vue de la statique de la tête, les inconvénients qu'on lui attribuait autrefois. Sedillot l'a montré il y a déjà fort longtemps, Mickulicz a pratiqué 28 fois la résection du muscle dans le cas de torticolis congénital avec des résultats excellents. Et au Congrès de chirurgie de 1901, M. Bœckel reconnaissait que pour extirper les ganglions profonds, il était souvent nécessaire de diviser le sterno-cléido-mastoïdien, de le sacrifier même en partie dans certains cas, sans que les mouvements de la tête soient ultérieurement compromis, ajoutant même que c'était la seule manière d'opérer, proprement, radicalement et sûrement.

Cette suppression du sterno-cléido-mastoïdien, fait essentiel de la technique, ouvrant un large accès sur la région, permet de repérer d'emblée le paquet vasculo-nerveux et de faire avec le maximum de sécurité, une extirpation aussi complète que possible. Ainsi cette technique a permis à M. le professeur Forgue de mener à bien les cas en apparence les plus fixés, les plus adhérents, où il semblait que toute extirpation serait impossible.

Après avoir décrit en quelques lignes, la position du sujet, un premier chapitre sera consacré à l'incision cutanée; un deuxième au détail de la technique. Nous nous occuperons ensuite des accidents de l'intervention.,

POSITION DU SUJET

Le sujet, rasé largement sur toute la région rétro-mastoïdienne est placé avec un petit coussin sous les épaules, de façon à ce que le cou soit mis en position de légère hyperextension. Un champ opératoire fixé autour de la tête, de la nuque au front, par une pince à forcipressure, permet une protection efficace contre toute souillure venue du cuir chevelu. Un aide est chargé d'orienter la tête : en général il est assis à gauche ou à droite de l'anesthésiste, suivant le côté à opérer ; il tient la tête du sujet en occipito-frontale et la verse du côté opposé à l'opération. Une pince à abaissement saisit le pavillon de l'oreille et le repousse en avant.

L'INCISION CUTANÉE

L'incision cutanée revêt une grande importance au double point de vue de la facilité d'accès au champ opératoire et de la question esthétique.

Beaucoup de chirurgiens paraissent se préoccuper surtout de la question esthétique et même lui subordonner tout le reste. A tel point que pour M. Berger « toute cicatrice du cou disqualifie irrémédiablement une femme; elle est toujours reprochée au chirurgien qui l'a produite. » Et M. Berger a connu une grande dame « pourtant intelligente et bonne, qui, peu de temps avant sa mort traitait encore de bourreau Velpeau, pour une incision qu'il lui avait faite au cou dans sa jeunesse »!!!

Les incisions qui ont été préconisées dans ce but peuvent être ramenées à deux types :

1° *L'incision à distance*. Dollinger a recommandé, pour dissimuler la cicatrice, de pratiquer une incision transversale au niveau du cuir chevelu, en arrière du pavillon de l'oreille, et de creuser un petit tunnel sous la peau afin d'atteindre et d'énucléer les ganglions. Si le procédé peut, à la rigueur, être applicable à l'extirpation d'un ganglion petit et mobile, il nous paraît par ailleurs puéril, et nous craindrions fort d'extirper bien incomplètement et bien difficilement une masse ganglionnaire de quelque importance. Es-pérons à son endroit, comme Maisson, et pour la défense

des idées de Dollinger, que les ganglions sont plus faciles à extirper à Budapest que partout ailleurs.

2° *L'incision placée dans les points où elle est le moins apparente.* — Le type en est l'incision normale de Kocher, correspondant aux plis naturels de la peau, plis qui, sur les côtés du cou, ont une direction transversale légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Mais les paquets ganglionnaires, étant disposés longitudinalement le long du sterno-mastoïdien, de l'avis même de ceux qui préconisent ces incisions, ne sauraient être atteints par une incision à peu près transversale. Et l'on est réduit à pratiquer deux incisions parallèles dans la direction normale. Une seule incision n'est-elle pas, au point de vue esthétique, bien préférable ?

Sans doute la question esthétique a-t-elle son importance, surtout quand il s'agit de femmes. Mais encore tous les cas sont inégaux. Si la masse ganglionnaire suppure, s'il y a des trajets fistuleux et, à plus forte raison, de ces cicatrices hideuses, comme on en observe trop souvent, nul ne contestera qu'une bonne cicatrice linéaire et nette ne soit plus jolie. Dans les autres cas, n'oublions pas que nous sommes au cou, région éminemment riche en organes importants, sinon vitaux, et que vouloir, sous prétexte d'esthétique, se limiter à des incisions brèves ou anormalement situées, c'est se condamner à ne point voir clair dans le champ opératoire ; c'est s'exposer à des extirpations incomplètes et à des lésions du paquet vasculo-nerveux qu'il faut précisément éviter.

D'ailleurs tous les chirurgiens admettent bien, qu'en présence de paquets ganglionnaires volumineux et compacts, le point de vue esthétique passe à l'arrière-plan par suite des difficultés techniques et qu'il est nécessaire d'avoir re-

cours à des incisions étendues. Certains même, trouvant l'incision rectiligne, longitudinale ou transversale, insuffisante, proposent des incisions plus complexes et la formation de lambeaux cutanés pour obtenir un champ opératoire suffisamment étendu. C'est ainsi que Dowd préconise une incision angulaire partant du bord horizontal du maxillaire inférieur, gagnant l'apophyse mastoïde pour redescendre en cotoyant la limite du cuir chevelu, sur le bord antérieur du trapèze. De Quervain trace une incision qui, partie de la mastoïde, longe le bord antérieur du sterno-mastoïdien et se recourbe ensuite pour cotoyer la clavicule sur une plus ou moins grande étendue. Il pratique alors la désinsertion du sterno-mastoïdien au niveau de son attache sterno-claviculaire et décolle ainsi un large lambeau musculo-cutané. Küttner, pour tailler son lambeau avec désinsertion du sterno-mastoïdien au niveau de son attache supérieure, trace une incision qui longe le bord antérieur du muscle de bas en haut, jusqu'au dessous de l'apophyse mastoïde, pour se recourber en arrière à ce niveau et être prolongée de quelques centimètres au-delà de cette apophyse.

Ces incisions complexes nous paraissent inutiles, et dans la technique de M. le professeur Forgue, on n'est jamais obligé d'y avoir recours. L'incision cutanée doit répondre à deux conditions :

1° *Assurer un accès facile au champ opératoire.* — La première condition de sécurité, c'est de voir clair dans le champ où l'on opère. Il faut beaucoup de jour pour éviter la blessure des vaisseaux importants, ou pour les lier si on les blesse. M. le professeur Forgue pratique une longue incision dans l'axe médian du sterno-cléido-mastoïdien : en bas elle déborde de quelques centimètres le pôle inférieur

apparent ou tangible de la masse ganglionnaire; en haut elle est conduite jusqu'à la base de la mastoïde. Les lèvres de cette incision, convenablement écartées, donnent un jour très suffisant.

2° *Donner lieu à une bonne cicatrice, aussi peu visible que possible.* — La question esthétique ne doit pas être perdue de vue, non seulement chez la femme, mais dans tous les cas. Mais encore ici c'est dans une technique précise que réside la question. En extirpant complètement et sans morcellement la masse ganglionnaire, en évitant la contamination du foyer opératoire par le contenu caséo-purulent des ganglions, en pratiquant une hémostase rigoureuse, on obtiendra des réunions par première intention, sans suppuration. Un soin tout particulier sera apporté à la suture cutanée. M. le professeur Forgue la pratique soit au crin de Florence, et alors il réalise un affrontement parfait au moyen de crins très fins disposés très près de la ligne de suture; soit, chez la femme, au moyen d'agrafes de Michel qui donnent encore un résultat supérieur. Et le plus souvent il obtient ainsi des cicatrices linéaires incolores, qui n'apportent aucun effet disgracieux et que la barbe de l'homme ou « la coquetterie naturelle » de la femme parviennent à dissimuler parfaitement.

Mauson, d'ailleurs, qui a noté l'état souvent excellent de la cicatrice, chez les opérés de M. Broca, fait remarquer, avec juste raison, que s'il en est quelques-unes surélevées ou chéloïdiennes, c'est précisément dans les cas où les ganglions étaient fistuleux depuis longtemps et où la peau était en fort mauvais état. Peut-on dire alors que le résultat est moins beau qu'avant l'intervention?

L'EXTIRPATION

La peau étant incisée, au-dessous se présente la jugulaire externe; elle est pincée et coupée entre deux pinces.

En général, M. le professeur Forgue commence l'intervention par le pôle inférieur. Donc, après avoir découvert, par une série de traits de bistouri, allant de bout en bout, de haut en bas, toute la face externe du sterno-cléido-mastoïdien et des limites antérieures du paquet ganglionnaire, M. le professeur Forgue se porte vers la partie basse: il pince entre le pouce et l'index, le sterno-cléido-mastoïdien à quelques centimètres au-dessous des dernières masses ganglionnaires et le sectionne en travers à coups de bistouri. Dès lors, disposant de cette tranche inférieure comme d'une prise solide, sur laquelle il fixe une ou deux fortes pinces à abaissement, progressivement, de bas en haut, il décolle la masse ganglionnaire avec le sterno-mastoïdien, en s'efforçant de repérer d'emblée la jugulaire interne. C'est là, en effet, le premier repère important qu'il faut jalonner: quand on a découvert la jugulaire interne il devient plus simple et plus clair de poursuivre avec toute chance d'éviter sa lésion, la libération de la masse ganglionnaire.

Cette prise du pôle inférieur de la tumeur, rendu mobile et accessible par la section première du sterno-cléido-mastoïdien, est donc le fait technique essentiel et qui domine toute la commodité de l'intervention.

Quant à la libération de la masse ganglionnaire, elle comporte évidemment des éventualités et des difficultés qui se subordonnent à l'importance des groupes atteints, à leur propagation, surtout vers la chaîne sous-maxillaire, et, avant tout, à l'existence d'une péri-adénite. Celle-ci, en fixant le paquet ganglionnaire très étroitement à la gaine des vaisseaux et aux parties molles du cou, crée des inégalités opératoires qu'il est très difficile d'apprécier à l'avance; de plus, le ramollissement caséux, la fonte purulente étendue des ganglions sur lesquels il est très fréquent qu'on se méprenne, sont aussi des inconvénients à l'intervention; malgré tous les soins que l'on prend, il arrive que la poche purulente ganglionnaire s'ouvre, répande le contenu caséo-purulent sur la plaie opératoire et rende ainsi malaisée la dissection intégrale des ganglions ainsi modifiés. C'est pourquoi une règle essentielle consiste à se tenir très près de la face externe des groupes ganglionnaires atteints. C'est surtout à coups de ciseaux courbes à pointe mousse, instrument commode pour ce travail, conduits presque tangentiellement à la surface, que l'on doit peu à peu dégager les masses ganglionnaires, en prenant soin de forcipresser préventivement tous les petits vaisseaux qui apparaissent tendus à la surface de la masse. Un aide, chargé de l'hémostase, éponge le foyer avec attention, chaque coup de ciseaux étant précédé d'un coup d'éponge. Dans quelques cas, on réussit à accélérer le travail d'un coup d'index, qui luxe, dans la profondeur, un ganglion aberrant. Quand, au lieu de se trouver en zone d'adhérences, on arrive à des parties libres où l'atmosphère périganglionnaire est normalement saine, une bonne manœuvre consiste, pendant que la main gauche, empoignant les pinces à abaissement, relève en haut la masse ganglionnaire et le sterno-mastoïdien, à décoller avec l'index, coiffé

d'une compresse, les tractus cellulaires qui unissent plus ou moins lâchement la masse ganglionnaire aux parties profondes.

Pendant tout ce travail on n'a jamais perdu de vue la jugulaire interne; c'est là le repère majeur et, à la condition d'assurer une excellente hémostase, qui permet d'y voir clair, à la condition aussi de bien surveiller cette action capitale de la pointe des ciseaux qui travaillent tangentielllement à la masse, contre la masse elle-même, plutôt que dans les parties voisines, on arrive, par une expérience progressive de cette technique difficile, à sortir d'affaire des cas les plus malaisés, les plus fixés en apparence, sans porter atteinte à la jugulaire interne.

La ménager, ce n'est point seulement esquiver une suture latérale, ou une excision de la jugulaire qui, sans être dangereuses, doivent être évitées; c'est surtout se garantir contre toute lésion du grand paquet vasculo-nerveux et c'est garder à l'intervention son bel aspect d'opération clairvoyante, nette, anatomiquement réglée, qui doit être l'objectif du chirurgien quand il aborde de pareilles opérations. Si cette hémostase rigoureuse n'est point assurée, les espaces cellulaires du cou s'infiltrent de sang, l'opération perd de sa clarté et les suites opératoires sont d'une moindre simplicité.

Et l'on arrive aussi à la partie haute de la région carotidienne: c'est ici que le travail de dissection mérite une particulière surveillance. Il faut marcher immédiatement sur deux repères, qui dirigent bien cette dissection: l'un est le groupe des veines, si bien décrites par Farabeuf, et qui est constitué par le confluent des veines thyroïdiennes, linguale et faciale: sans que la lésion de ce grand affluent veineux soit un dommage sérieux, il est préférable néanmoins de l'éviter, d'autant que très souvent c'est au niveau

de ce confluent que l'on trouve des masses ganglionnaires très adhérentes, enveloppant littéralement la veine jugulaire et son affluent veineux. Il est important aussi de bien reconnaître le ventre postérieur du muscle digastrique : cela permet de bien situer la dissection, de ménager le grand hypoglosse de poursuivre l'excision des ganglions souvent très volumineux qui prolongent la masse vers les régions sous-maxillaire et sous-mentale. C'est aussi le moyen de bien limiter par en haut le pôle inférieur de la parotide et le groupe ganglionnaire qui maintes fois se prolonge vers la loge parotidienne.

C'est à ce moment, qu'en général, M. le professeur Forgue pratique la désinsertion haute du sterno-cléido-mastoïdien, qu'il sectionne vers la pointe de la mastoïde. Cette section découvre nettement le splénius occipital, qui est constamment ménagé, et qui répond au plan profond de la dissection. Très fréquemment on est conduit à sacrifier le nerf spinal : il n'est jamais apparu à M. le professeur Forgue que cette section ait eu des suites dommageables, sauf parfois une légère atrophie du trapèze.

L'opération est, à ce moment, à peu près terminée : elle s'achève par une combinaison de la dissection ascendante, qui termine de bas en haut la libération des ganglions par rapport au tronc de la jugulaire interne, au-dessus du confluent du tronc veineux thyro-linguo-facial, et d'une dissection descendante qui complète cette libération au-dessous du ventre du digastrique, en avant du splénius cervical. C'est à ce moment qu'il faut surveiller le travail de la pointe des ciseaux : il faut, en général, forcipresser une petite artère qui se dirige vers l'occiput de façon à maintenir le champ opératoire net ; il faut faire récliner fortement le ventre postérieur du digastrique en haut et en avant ; il faut aussi charger sous l'index, recourbé en cro-

chet, la masse ganglionnaire; grâce à ces précautions, on réussit à ménager la jugulaire interne, dans le secteur profond où elle s'engage sous le digastrique et à la libérer de ses dernières attaches.

L'hémostase est vérifiée soigneusement. Un petit drain est placé à la partie déclive, en arrière et en dehors de la ligne de suture. Suture cutanée très soignée, comme il a été dit plus haut.

LES ACCIDENTS DE L'EXTIRPATION

LES LÉSIONS DU PAQUET VASCULO-NERVEUX. — *Veines jugulaires.* — De tous les accidents survenus à l'occasion de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, la blessure des veines jugulaires est, sans contredit, un des plus fréquents. Laissons de côté la blessure de la jugulaire externe, sans intérêt, et dont la section, pratiquée d'une manière constante entre deux pinces, ne présente ni difficultés, ni troubles consécutifs. La lésion de la jugulaire interne présente, au contraire, un intérêt particulier et il n'est pas de chirurgien qui n'ait été amené à blesser cette veine, quelques fois, au cours d'extirpations particulièrement laborieuses. Il est aisé d'en concevoir les raisons : les parois de cette énorme veine, dont le diamètre sur le vivant est aussi gros que celui du pouce, sont très minces et se déchirent facilement. Sa situation en dehors de la carotide, à la partie externe du paquet vasculo-nerveux, l'expose à être d'autant plus facilement lésée, qu'une périadénite intense soude intimément la masse ganglionnaire à la gaine des vaisseaux. Ajoutons, qu'au cours de l'extirpation, sous l'influence de traction mal dirigées ou trop fortes, la jugulaire s'aplatit, se vide de sang et, prenant l'apparence d'une bandelette aponévrotique, se confond par sa couleur avec les tissus ambiants.

La jugulaire interne peut être sectionnée complètement

ou incomplètement par le bistouri ou les ciseaux, ou bien elle est déchirée par une traction énergique.

Quelle que soit la façon dont cette lésion est produite, deux conséquences immédiates sont à envisager : c'est d'abord l'hémorragie, qui, par son abondance, crée un péril grave et entraînerait une mort plus ou moins rapide si on ne pratiquait l'hémostase ; c'est ensuite la possibilité de l'entrée d'air dans la veine. Si l'hémorragie n'effraie plus personne aujourd'hui, l'entrée de l'air n'est point un mythe. Il est classique de dire que cet accident, presque spécial aux vaisseaux du cou, dans cette zone dangereuse où les veines, maintenues béantes par leurs adhérences aux aponévroses, sont soumises à l'aspiration thoracique, se traduit par une sorte de sifflement, de gargouillement caractéristique, qui peuvent être suivis de phénomènes graves, angoisse, syncope et de mort.

Mais l'entrée de l'air dans la veine est exceptionnelle aujourd'hui : en supprimant la douleur, et par suite les aspirations forcées ; l'anesthésie a diminué considérablement la fréquence de cet accident. D'autre part, la compression digitale pratiquée immédiatement et surtout les perfectionnements des moyens d'hémostase en ont singulièrement réduit la gravité. La mort de l'opéré de Roux, en 1832, et de celui de Reynier en 1888, survenues l'une 12 jours, l'autre 8 jours après l'accident, ne saurait, de l'avis unanime, être attribuée à l'entrée de l'air dans la veine. M. le professeur Forgue a observé plusieurs fois la pénétration de l'air dans la jugulaire interne sans accidents notables ; M. Bœckel l'a vue trois ou quatre fois sans accident mortel ni immédiat, ni lointain. M. J.-L. Faure, au Congrès de chirurgie en 1906, a rapporté l'avoir observée au moins six à huit fois. Il n'a jamais vu aucun trouble en résulter lorsque l'air entrait en petite quantité. Il pense que cet accident est, au

contraire, redoutable lorsque la quantité d'air introduite est assez considérable. Notons cependant qu'il rapporte l'observation d'une intervention au cours de laquelle, malgré une pénétration d'air importante, malgré les troubles graves présentés par le malade, cyanosé, arrêt du pouls, dilatation des pupilles, tout s'amenda et le malade guérit. Ce qui vient confirmer les observations de M. Depage, qui a vu l'entrée de l'air dans la veine à plusieurs reprises et qui, même lorsque se produisirent des phénomènes angoissants, a vu les accidents cesser sous l'influence du traitement, en particulier de la respiration artificielle.

La jugulaire interne étant lésée, est-on autorisé, si l'étendue des lésions l'exige, à en pratiquer la ligature totale? La ligature de cette voie principale de retour de la circulation cérébrale n'est-elle pas susceptible d'entraîner des troubles encéphaliques graves? M. Maclaure, qui a étudié cette question, dit qu'au point de vue physiologique, la ligature de la veine jugulaire interne est permise, car les anastomoses du système veineux du cou sont telles que la circulation collatérale se rétablit rapidement. Et il préconise la ligature préliminaire quand l'adhérence des ganglions de la veine, rend l'ouverture et l'arrachement de celle-ci très probables au cours de l'extirpation. Sur un total de 406 extirpations d'adénites tuberculeuses cervicales, M. Boeckel a pratiqué 61 fois soit la ligature, soit la résection de la jugulaire interne, souvent des deux côtés, quand l'adénite était double, et n'a pas eu un seul cas de mort. M. Broca a été obligé d'y avoir recours plusieurs fois sans aucun dommage. Au Congrès de chirurgie de 1906, à propos de la question de la chirurgie des gros tronc veineux, mise à l'ordre du jour, l'accord a été unanime en ce qui concerne la jugulaire interne: la ligature ou la résection de cette grosse veine n'entraînent aucune conséquence

grave dans la circulation encéphalique. M. J.-L. Faure la considère comme simple et inoffensive et il croit que si un certain nombre de malades succombent, il faut accuser beaucoup plus les autres lésions, dues à des interventions étendues, que la ligature de la jugulaire qui ne produirait même pas de la cyanose de la face. Et M. Morestin a pratiqué une fois la ligature et une douzaine de fois la résection unilatérale de la veine sans le moindre incident. Cependant cette bénignité, qui paraît la règle, ne serait pas absolument constante, puisque Rohrbach a rapporté un cas de ramolissement cérébral. Kümmer et Linser deux cas de mort par thrombose et accidents encéphaliques consécutifs à la ligature de cette veine. Mais deux de ces cas relevaient d'une anomalie, la jugulaire interne du côté opposé étant d'un calibre très inférieur à la normale.

Ainsi, la question est entendue: l'entrée de l'air n'inspire pas les mêmes appréhensions que jadis, et la ligature de la jugulaire est l'intervention rationnelle dans les plaies opératoires de ce vaisseau. Il n'en reste pas moins que cette lésion doit autant que possible être évitée, non seulement parce que cela permet de maintenir le champ opératoire net, mais encore parce que cela met à l'abri de la lésion des autres organes du paquet vasculo-nerveux, carotide et pneumogastrique.

Nous avons montré comment, dans la technique de M. le professeur Forgue, la section du sterno-cléido-mastoïdien, à la partie inférieure, premier temps de sa suppression totale, donnant une aisance opératoire très appréciable, permettait de jalonner d'emblée la veine et d'éviter le plus souvent cette complication. « Quand on a vu, ne fut-ce qu'un petit bout de la jugulaire, dit M. Broca, on est maître de la situation et il devient beaucoup plus facile de la respecter. » C'est banal, tellement c'est évident; n'y insistons pas.

CAROTIDES. — La blessure des carotides est extrêmement rare. Dans ses mille interventions, Milton a sectionné deux fois la carotide primitive et a perdu un de ses opérés par suite d'une hémorragie secondaire de la carotide externe. Bœckel perdit une malade chez qui il avait fait une plaie latérale de la carotide primitive : la mort résulta du glissement d'un catgut placé sur cette plaie et de l'hémorragie consécutive. Dans les observations de Manson, la carotide n'a jamais été lésée. Nous avons examiné comment l'ampleur du champ opératoire créé par la section du sternomastoidien, le jalonnement d'emblée du repère jugulaire et la dissection attentive et minutieuse des ganglions permettant de ménager la veine et par conséquent de se protéger contre toute lésion du paquet vasculo-nerveux. La blessure de la carotide primitive est, en effet, une maladresse à éviter ; car la ligature de ce vaisseau n'est point exempte de dangers et, est susceptible de se compliquer de phénomènes encéphaliques graves, attribués par les uns à l'anémie cérébrale brusque produite par la ligature, par les autres à l'embolie artérielle issue du point ligaturé et remontant jusque dans la sylvienne ou la cérébrale antérieure. Siegrist évalue à 20 p. 100 la mortalité, de la ligature de la carotide primitive, qui ne doit être pratiquée que dans le cas de nécessité absolue.

PNEUMOGASTRIQUE. — Les lésions du pneumogastrique sont également exceptionnelles. Déjà Milton notait que le nerf est rarement exposé dans l'extirpation et qu'en tout cas il faut éviter avec soin de le détériorer. Dans une de ses mille extirpations, il sectionna le pneumo-gastrique en même temps que la carotide. Le malade succomba quatorze heures après l'intervention aux troubles respiratoires et circulatoires consécutifs. Nous n'avons pas relevé d'autre

observation de blessure du vague dans l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou.

D'ailleurs, en fait de lésion du pneumo-gastrique, il faut distinguer : si l'excitation du nerf, comprimé par une tumeur ou pris dans une ligature, entraîne les troubles les plus graves (ralentissement remarquable des battements cardiaques pouvant aller jusqu'à l'arrêt du cœur, dyspnée intense), ce qui concorde avec les données physiologiques de l'irritation du nerf dans sa continuité ou de l'excitation du bout périphérique après section chez l'animal, la section unilatérale nette du vague est une lésion parfaitement compatible avec l'existence, de même que chez l'animal elle n'entraîne pas la mort. Elle n'a généralement pas de suite fâcheuse, sauf la paralysie de la corde vocale correspondante. Les accidents, parfois signalés, de tachycardie, de ralentissement et d'amplitude plus marquée du rythme respiratoire sont le plus souvent passagers et sans gravité.

Le malade opéré par Venot, de Bordeaux (résection du pneumo-gastrique gauche au cou pour fibrome du nerf) et dont l'observation fut rapportée par M. J.-L. Faure à la Société de chirurgie en juin 1907, eut des suites opératoires excellentes en dehors de la paralysie de la corde vocale gauche. Dans les trois observations de Morestin, à la même séance, deux fois il n'y eut pas d'autre accident, et la mort du troisième opéré est attribué, par Morestin, à une oblitération cérébrale. Jordan a réuni 23 cas de blessures opératoires du pneumo-gastrique avec 11 guérisons et 12 morts. Mais dans aucun de ces cas, la mort n'était due à la section du vague et s'expliquait par la gravité de l'intervention ou la ligature simultanée de la carotide.

LÉSIONS DU FACIAL. — Les seuls rameaux du facial vulnérables dans cette intervention, sont :

1° Le premier rameau de la branche inférieure du facial, rameau qui, naissant au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur, se porte en avant et en bas (rameau marginal de la mandibule) et qui est le nerf moteur principal de la lèvre inférieure (muscle orbiculaire, muscle carré du menton)).

2° Le second rameau de cette branche inférieure (rameau cervical) intéressant surtout par la fameuse anastomose de Jaffe (*ramus anastomoticus collo-mandibularis*) qui établit la fonction entre le rameau marginal et les filets cervicaux. Mais la lésion du premier rameau est évitable, si l'on se tient au-dessous du bord inférieur du maxillaire, et celle du second rameau n'a pas généralement pour suite une paralysie bien apparente : d'abord, parce que, contrairement aux assertions de Jaffe, cette anastomose n'est pas constante, ensuite parce que les filets de ce rameau cervical sont surtout destinés à l'innervation du peaucier. Il ne faut point oublier qu'en somme, l'innervation de la musculature de la lèvre inférieure siège tout entière au-dessus du bord inférieur de la mandibule, et qu'à la condition de se tenir à un demi-centimètre au-dessous de ce bord, on a toute chance de la ménager.

Quant au tronc du facial, il n'est jamais intéressé dans cette intervention. M. Broca signale l'avoir sectionné une fois chez un garçon auquel il a enlevé, avec un gros paquet cervical fistuleux, des ganglions parotidiens profonds et suppurés. D'où paralysie faciale complète.

LÉSIONS DU NERF SPINAL. — La branche externe de ce nerf (accessoire) croise la face postérieure de la jugulaire et les muscles stylo-hyoïdien et digastrique ; elle traverse ensuite le cléido-mastoidien de sa face profonde à sa face superficielle pour aller se terminer à la face profonde du trapèze. Küttner avait déjà senti la nécessité, dans le cas de masses

ganglionnaires volumineuses et nombreuses, d'une section « temporaire » du sterno-cléido-mastoïdien au-dessous de l'apophyse mastoïde, formant un lambeau musculo-cutané à charnière inféro-externe (ce qui permet de ménager le spinal). La section de la branche accessoire seule, que l'on est amené à sacrifier fréquemment au moment de la section haute du sterno-cléido-mastoïdien, ne produit pas ordinairement une paralysie complète du cucullaris (trapèze). Bloch a réuni 44 cas de résection de l'accessoire de Willis pour torticolis spasmodiques sans aucune fait de paralysie ou d'atrophie du sterno-cléido-mastoïdien ou du trapèze. Il faut, pour cela, une blessure simultanée de tous les nerfs moteurs du trapèze, aussi bien l'accessoire que les rameaux du troisième nerf cervical.

HYPGLOSSE. — La lésion de l'anse de l'hypoglosse (anastomose de la branche descendante de ce nerf et de la branche descendante interne du plexus cervical) n'a aucune importance. Quant à la blessure du tronc nerveux, elle est exceptionnelle. A l'autopsie du malade qui fait l'objet de la fameuse observation de Poulet, rapportée à la Société de chirurgie en 1884, l'hypoglossone fut trouvé sectionné. M. Broca a observé la parésie de la langue pendant quelques jours à la suite de la mallaxation du nerf au cours de l'intervention, parésie toujours transitoire. Et ce sont là les seules observations que nous ayons pu relever de la blessure, au cours de l'extirpation, d'un tronc nerveux qui ne fait qu'apparaître à la partie supérieure de la région cervicale sous le ventre postérieur du digastrique, et que l'on ménage aisément, si l'on a soin de bien repérer ce muscle, comme nous l'avons mentionné.

LE RÉCURRENT a été exceptionnellement lésé par Trendelenburg au cours de l'intervention où il blessa en même

temps la jugulaire interne, le canal thoracique et le récurrent gauche. Si la compression de ce nerf (pincement, ligature) est considérée comme un accident grave en raison du spasme glottique qui en est parfois la conséquence, sa section est un accident beaucoup moins sérieux.

Chez l'animal adulte, la section d'un récurrent produit le relâchement de la corde vocale correspondante et la dysphonie, mais sans troubles respiratoires. Il en est de même chez l'homme dans le cas de paralysie du nerf, les accès de suffocation par spasme de la glotte étant dûs, comme l'a montré Krishaber en 1876, à l'irritation du nerf et non à sa paralysie. La respiration reste libre et, d'ailleurs, les troubles de la phonation sont susceptibles de s'améliorer, le récurrent du côté opposé étant indemne, par la suppléance des muscles laryngés du côté sain.

Quant au SYMPATHIQUE, sa situation profonde et ses rapports avec le paquet vasculo-nerveux expliquent que sa lésion isolée, sans la blessure des gros vaisseaux du cou, soit une rareté. Milton, qui avait signalé que la dissection porte très près de lui, ne rapporte pas une seule observation de blessure de ce cordon nerveux. M. Broca a lésé une fois le sympathique gauche, au cours d'une extirpation particulièrement laborieuse de ganglions très adhérents, s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, lésion qui se traduisait seulement, six mois après l'intervention, par des phénomènes oculo-pupillaires: exophtalmie et myosis.

Signalons enfin la lésion de la crosse du CANAL THORACIQUE qui a été observé quelques rares fois. Trendelenburg le blessa au cours de sa malheureuse intervention. M. Böeckel l'a observée une fois sur 406 extirpations et cet accident n'eut pas de suite fâcheuse si ce n'est un retard de quelques jours dans la guérison. Fredet, en 1910, en a réuni

59 cas dont la moitié se rapporte à l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. Cet accident, reconnu le plus souvent immédiatement à la lymphorrhée, est quelquefois méconnu et ne se signale ultérieurement que par un écoulement persistant de liquide chyleux. Simplement ennuyeux dans la plupart des cas, et n'ayant d'autre inconvénient que de retarder la guérison, cette blessure doit cependant être réparée sur le champ, quand elle est reconnue à l'opération, car l'opéré de Vautrin, en 1905, eut un écoulement de lymphes tellement abondant et persistant qu'il finit par succomber à la déperdition exagérée de liquide nutritif et à l'amaigrissement. La ligature du bout périphérique (celle du bout central, pourvu de valvules étant inutile) est alors l'intervention rationnelle et préconisée par tous.

CONCLUSIONS

I. — La technique de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, que pratique M. le professeur Forgue, repose sur un fait essentiel : la *suppression du muscle sterno-cléido-mastoïdien*, et l'*ablation en bloc* des ganglions et du muscle que l'on libère par une section première au-dessous du pôle inférieur de la tumeur dès le début de l'intervention et par une deuxième section au niveau de la mastoïde vers la fin.

II. — Cette technique *donne d'emblée un jour et une aisance opératoires très appréciables*; le sterno-mastoïdien sectionné fournit une prise solide aux pinces à griffes qui s'amarrent sur le pôle inférieur; la dissection en profondeur se fait de bas en haut par bascule totale de la masse; le repère jugulaire est, dès le début, jalonné. *Ce qui est essentiel, ce qui domine cette commodité et cette clairovoyance, c'est l'ampleur du champ opératoire ainsi créé.*

III. — Les lésions vasculo-nerveuses que l'on peut observer dans cette intervention, sont, ou bien exceptionnelles et évitables, ou réduites au minimum de dommage.

BIBLIOGRAPHIE

FORGUE (E.). — Traitement de l'adénite tuberculeuse. *Gaz. des Hôpitaux*, 1889, n° 41.

RICHARD. — Extirpation des ganglions tuberculeux non suppurés du cou. *Thèse de Nancy*, 1889.

PONCET. — Traitement chirurgical des polyadénites cervicales. *Lyon Médical*, 7 janvier 1889.

MICHEL (A.). — Traitement chirurgical des polyadénites chroniques de la région cervicale. *Thèse de Lyon*, 1889-90, n° 496.

MILTON. — St-Thomas Hôpital. Reports 1890, t. XVIII.

BINET. — Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. *Thèse de Paris*, 1893-94, n° 48.

DOLLINGER. — L'extirpation sous-cutanée des ganglions tuberculeux du cou. *Centralblatt f. chirurg.* 1894.

MAUSON. — Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation, en particulier chez les enfants. *Th. de Paris*, 1894-95, n° 139.

PETIT (R.). — De la tuberculose des ganglions du cou. *Th. de doctorat*, Paris 1896-97, n° 635.

ROHRSBACH. — *Beitrage z. klin. chirurg.*, 1897.

KUMMER. — *Revue de chirurgie*, 1899.

DEQUERSAIN. — Les incisions opératoires au niveau du cou. *Semaine médicale*, 1900.

- BROCA. — Traitement des adénopathies tuberculeuses. *Rapport au XIV^e Congrès de chirurgie*, 1901.
- BERGER. — Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses. *XIV^e Congrès de chirurgie*, 1901.
- BÖCKEL (J.). — Traitement des adénites tuberculeuses. *XIV^e Congrès de chirurgie*, 1901.
- MANCLAIRE. — De la ligature préliminaire de la jugulaire interne pour l'extirpation des adénites cervicales tuberculeuses profondes et adhérentes. *XIV^e Congrès de chirurgie*, 1901.
- FAURE (J.-L.). — Blessures du canal thoracique. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1903.
- Société de chirurgie. *Bulletin médical*, juin 1907.
- TUFFIER. — Société de chirurgie. *Bulletin médical*, juin 1907.
- MORESTIN. — Société de chirurgie. *Bulletin médical*, juin 1907.
- VILLEMEN. — Traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses. *Bulletin médical*, 1907, n° 58.
- WESTERGAARD. — Sur les lésions nerveuses dans l'ablation des ganglions cervicaux. (Hospitalstidende 1908), analysé dans le *Journal de chirurgie*, 1908.
- JUDET. — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. *Progrès médical*, 1909, n° 10.
- HAMEL. — Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale. *Thèse de Paris*, 1909-10, n° 287.
- MOST. — Sur la prophylaxie et le traitement des adénites du cou et plus particulièrement sur le traitement médical. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1909.
- FORGUE (E.) et RECLUS (P.). — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. I.

ANON, FREDET, DESMARETS. — Nouveau traité de chirurgie
(Le Dentu et Delbet). Maladies du cou, n° 21.

BOURGEOIS (H.) et LEUDIMANT. — Précis de pathologie chirurgicale, t. II (tête, cou et thorax).

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 11 mars 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 9 mars 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
